

Année 1882

THÈSE

N° 315

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 août 1882, à 1 heure.

PAR JEAN LAPORTE,

Né à Montagne (Gironde), le 21 avril 1855.

RÉFLEXIONS CLINIQUES

SUR

TRENTE-QUATRE CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE

OBSERVÉS A LA CHARITÉ

DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR HARDY

Président : M. HARDY, professeur.

Juges : MM. { BALL, professeur.
 { DEBOVE, TROISIÈRE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
	PARROT.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGBROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	CLÉVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES AMIS
M. LE PROFESSEUR HARDY

A MES MAÎTRES

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES AMIS

M. LE PROFESSEUR HARDY

A MES MAÎTRES

RÉFLEXIONS CLINIQUES
SUR
TRENTE-QUATRE CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE
OBSERVÉS A LA CHARITÉ
DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR HARDY
(Année scolaire 1881-1882)

INTRODUCTION

S'il est une affection digne d'appeler l'attention, tant à cause des difficultés qu'elle présente souvent au début dans son diagnostic, qu'à cause des nombreuses complications qu'elle peut présenter; s'il est une affection bien digne d'intéresser le médecin à cause des nombreuses indications thérapeutiques auxquelles elle peut donner lieu; s'il est une affection enfin que le médecin doive apprendre à connaître, car il est souvent appelé à l'observer en ville ou à l'hôpital, c'est à coup sûr la fièvre typhoïde; aussi notre excellent maître, M. le professeur Hardy, toujours guidé dans son enseignement par le seul but d'être utile à ses élèves, eut-il l'idée à la fin de l'année scolaire qui se ter-

mine de faire l'histoire des fièvres typhoïdes que nous avons eu l'occasion de suivre avec lui depuis le 1^{er} novembre 1881, jusqu'au 1^{er} juillet 1882.

Déjà depuis de longs mois, M. le professeur Hardy, nous avait suggéré l'idée de prendre comme sujet de notre thèse l'histoire des typhiques qui passaient dans le service, et nous suivions assidûment ces malades lorsque notre maître résuma dans sa leçon de fermeture l'évolution clinique, les résultats de la thérapeutique que nous avions pu observer.

C'est le résultat des commentaires auxquels se livra M. Hardy dans sa clinique que nous nous proposons de publier ici.

Nous ne transcrivons pas toutefois, et sans réflexions aucune le résultat de ces observations.

A propos de chaque cas particulier, à côté du fait brutal fourni par l'observation clinique, nous placerons les résultats qui ont été obtenus par les divers auteurs, cherchant autant que faire se pourra à tirer chaque fois des conclusions; c'est ainsi que, prenant l'âge de nos malades, nous chercherons s'il diffère ou se rapproche de celui noté par les maîtres qui ont écrit sur la matière; c'est ainsi encore que, prenant les moyens thérapeutiques et les comparant à ceux employés jusqu'à ce jour, nous chercherons à quels médicaments nous devons de préférence nous adresser pour mener à bonne fin la dothiéntérie.

Ce que nous nous proposons dans cette thèse, c'est de consigner surtout le résultat net, brut des observations de nos malades; c'est dire que notre travail sera surtout ou presque exclusivement un exposé clinique, deux cas de morts étant survenus seulement sur trente-quatre cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

Nous suivrons, dans cet exposé, pas à pas l'histoire des malades telle qu'elle a été rapportée par M. le professeur Hardy, dans sa clinique, examinant successivement les questions relatives à l'âge, au sexe, à l'acclimatement, à l'évolution clinique, aux complications, au pronostic, au traitement.

C'est dire que dans une question pareille, étant donné le point de vue auquel nous nous plaçons, nous ne traiterons point de l'historique ; en effet, nous aurions ici peu à ajouter à ce que l'on trouve partout dans les ouvrages de nos maîtres ; nous ne pourrions que copier, répéter ce qui est écrit dans tous les auteurs et nous nuirions ainsi à la clarté de l'étude que nous nous proposons de faire, en même temps que nous l'embarrasserions de longueurs que ceux qui pourront nous lire ne manqueraient point de nous reprocher.

Nous publions dans le courant de ce travail l'observation des principaux malades que nous avons suivis ; l'histoire au contraire de ceux qui n'ont point offert de particularités notables, nous ne la reproduisons point en détail, mais nous publions un tableau, résumé de tous les malades qui ont été dans le service ; tableau dans lequel se trouve noté avec l'âge, la durée du séjour, etc., etc., le résumé de l'observation clinique. Nous avons préféré ce mode de faire à celui d'embarrasser notre travail d'observations qui ne sortent point du classique.

Nous avons, en agissant ainsi, l'avantage d'embrasser en un rapide coup d'œil d'ensemble l'histoire de tous nos malades, sans que le lecteur ait à s'embarrasser dans des détails souvent fastidieux.

Avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier ici notre excellent maître M. le professeur Hardy, qui a fait,

nous pouvons le dire, notre instruction médicale, nous le remercions des excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer dans ses leçons et au lit des malades. Nous tenons à le remercier de la bienveillance qu'il nous a témoignée en acceptant la présidence de notre thèse dont nous lui offrons la dédicace comme un trop faible témoignage de notre reconnaissance et de notre dévouement.

Nous remercions aussi M. le docteur Josias, chef de clinique, qui, avec sa complaisance habituelle a mis à notre disposition les observations que nous transcrivons ici.

Nous remercions particulièrement notre excellent ami Dérignac, interne du service, de la bienveillance qu'il a mise à nous montrer les malades ; nous le remercions de ses excellents conseils qui ont contribué, dans une large mesure, à faciliter l'étude que nous nous proposons.

HISTOIRE CLINIQUE.

Etiologie. — Il nous a été difficile chez nos malades de reconnaître la cause exacte de la fièvre typhoïde ; il nous a été impossible de reconnaître si nos malades avaient absorbé des eaux altérées (communication, contact d'un tuyau à conduite d'eau avec les fosses d'aisances, etc.).

Ce que beaucoup nous ont avoué, c'est qu'ils habitaient des maisons malsaines dans lesquelles l'air était vicié souvent par des émanations provenant des fosses d'aisances ; beaucoup étaient affaiblis par les privations ou les excès (alcoolisme).

Chez aucun de nos malades, nous n'avons constaté la contagion par l'air, et à ce propos nous pouvons ajouter que les sujets que nous avons eu l'occasion d'observer ve-

naient du dehors : aucun d'eux n'a pris dans les salles la fièvre typhoïde, qui eût peut-être pu s'expliquer alors, par l'absorption au moyen des voies respiratoires, des produits qu'exhalaient les typhiques qui séjournaient dans le service. Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans dire un mot de l'acclimatement difficile à Paris, on le sait, puisque nombre de nouveaux venus payent de la fièvre typhoïde leur arrivée dans cette ville. Or, chez les malades que nous avons observés, le séjour ne remontait point, en général, au delà de dix-huit mois ; souvent même, c'est après un, deux, trois mois seulement que les sujets ont été atteints (1).

Saisons. — Déjà depuis longtemps de nombreuses statistiques semblent prouver que la fièvre typhoïde est plus fréquente en hiver ; telle la statistique de (2) Piedvache, qui montre que sur 452 cas, 316 se présentèrent en automne et en hiver ; 54 seulement au printemps ; telles encore les statistiques de Forget, Murchison, Bartlett, Austin Hunt, qui montrent que sur 6,727 cas de fièvre typhoïde, 2,850 seulement apparurent au printemps et en été, tandis que 4,494 se montrèrent en automne et en hiver ; telles encore les statistiques diverses de Lombard, de Rilliet, de Burne, de Steward, de Guinck, cités par MM. Hardy et Béhier dans leur ouvrage, lesquels après avoir reconnu que la fièvre typhoïde peut « se rencontrer à toutes les périodes de l'année » ajoutent « que la plupart des observateurs s'accordent à reconnaître que la fièvre typhoïde est plus fré-

(1) Chez un de mes malades qui avait habité Paris pendant quatre ans, et s'était absenté, la fièvre typhoïde apparut au 7^e mois de son retour.

(2) Recherches sur la contagion de la fièvre typhoïde. In Mémoires de l'Académie de médecine, t. XV, 1850.

quente en automne et en hiver, qu'au printemps et en été. »

Or, les cas que nous avons observés nous laissent, il faut le reconnaître, indécis sur ce point : en effet, en divisant notre période d'observation en deux périodes secondaires de quatre mois chacune, on voit que 15 cas se montrèrent du 1^{er} novembre au 1^{er} mars et 19, du 1^{er} mars au 1^{er} juillet. A première vue, nous nous hâtons de le dire, il semblerait même que les cas se soient montrés plus nombreux dans la saison chaude, mais c'est là peut-être un fait plus apparent que réel, si l'on songe qu'à l'heure même où nous écrivons ces lignes (3 juillet), l'été n'a pour ainsi dire point fait encore son apparition, et que certes les jours chauds ont été jusqu'ici tellement rares que l'on pourrait considérer comme faisant partie des saisons froides, les mois d'avril, mai, juin qui viennent de s'écouler.

Sexe. — La fièvre typhoïde, disent MM. Hardy et Béhier, « attaque à peu près également les hommes et les femmes ». En réunissant les statistiques considérables de Murchison et de Bartlett, on arrive à un total de 3,599 individus, sur lesquels on trouve 2,766 hommes et 2,633 femmes ; le chiffre des cas observés chez les femmes n'est inférieur que de 133.

C'est là encore l'opinion de bon nombre d'auteurs ; M. Jaccoud par exemple qui, après avoir dit que le sexe exerce peu d'influence sur l'apparition du mal, s'accorde ensuite à reconnaître que le sexe masculin y semble plus prédisposé. — Notre relevé plaide en faveur de l'opinion émise par ces maîtres, puisque sur 34 cas que nous avons observés, il y a eu 8 hommes et 6 femmes seulement.

Age. Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître (Hardy et Béhier, Jaccoud, Nurchison) que la fièvre typhoïde, peu fréquente avant 15 ans, atteint son maximum de 15 à 30 pour diminuer ensuite de fréquence à mesure qu'on avance en âge jusqu'à devenir exceptionnelle dans la vieillesse. Le résultat de notre statistique donne raison absolument aux auteurs que nous venons de signaler ; en effet dans un seul cas nous avons observé la fièvre typhoïde chez une malade à 31 ans ; dans un seul cas à 42 ans ; tous les autres malades étaient entre 15 et 30 ans, répartis de la façon suivante : seize de 16 à 20 ans, dix de 20 à 25 ans : six de 25 à 30 ans.

Non seulement donc, dans nos observations, la fièvre typhoïde a été rare après 30 ans, mais encore elle a eu son maximum de fréquence dans les conditions où on l'observe dans les hôpitaux d'adultes, c'est-à-dire de 14 à 30 ans, et nous pouvons encore préciser d'avantage et dire, que les cas les plus nombreux se sont montrés de 16 à 20 ans (seize cas), puis se sont montrés moins fréquents de 20 à 25 (dix cas), pour diminuer encore de 25 à 30 ans (six cas).

La constitution de nos malades était en général une constitution forte ; aucun deux n'était tuberculeux.

Début. — Observant à l'hôpital, c'est-à-dire dans un milieu où l'on n'est point appelé près du malade dès les premières atteintes de son mal, placé dans un milieu où l'on voit les malades seulement lorsque la maladie est pour ainsi dire confirmée, il nous a été difficile de reconnaître exactement si les malades avaient présenté des prodromes.

Cependant, l'existence de ces signes précurseurs, nous avons cru les observer chez quelques malades qui entraient

à l'hôpital se plaignant de céphalalgie, d'insomnie depuis une douzaine de jours, lorsque trois ou quatre jours après leur entrée seulement, devaient se manifester les complications thoraciques, les taches rosées. Du reste, comme le font observer MM. Hardy et Béhier, il est difficile bien souvent de préciser le moment où les prodromes cessent et où la maladie véritable débute; aussi n'insisterons-nous pas plus longtemps sur ce point.

Chez presque tous nos malades la fièvre typhoïde s'est accusée dès les débuts par ses symptômes habituels, localisés surtout du côté de l'appareil digestif.

Au début, les malades se sont présentés la langue recouverte d'un enduit blanchâtre qui se séchait ensuite vers le 6^me et 7^e jour, avec cet état de la langue caractéristique de la fièvre typhoïde, langue de perroquet, bien différente, a-t-on dit, de la langue de l'embarras gastrique qui est large, étalée, humide. Certains auteurs y attachent une importance assez considérable pour dicter leur pronostic, et n'hésitent pas à dire qu'une langue humide qui ne se dessèche point doit être considérée comme un signe de bon augure, et annonce une fièvre typhoïde à allures normales, sans complications. Certes, selon M. le professeur Hardy, en général l'opinion des auteurs précédents peut être admise, mais quelquefois aussi (et nous l'avons observé bien nettement chez la malade du lit n° 9, salle Sainte Anne, n° 31 de notre tableau), quelquefois disons-nous, la langue sèche, rôtie, peut se rencontrer dans des fièvres typhoïdes qui se termineront favorablement.

Chez tous nos malades nous avons observé de la diarrhée, et celle-ci s'est montrée en moyenne du 3^e au 4^e jour : les selles étaient de fréquence modérée, cinq ou six par jour, jaunâtres, semi-liquides ; souvent elles ont donné lieu

à du gargouillement accompagné de douleur iliaque du côté droit. Le météorisme ne s'est montré que dans les cas graves et apparaissait vers le 8^e ou le 10^e jour de la maladie.

Chez un de nos malades (n^o 8 du tableau), la fièvre typhoïde se manifesta tout d'abord par une angine aiguë avec gonflement de l'amygdale et dépôt pultacé dans les cryptes : bref tous les symptômes d'une angine pultacée, qui put quelques instants tenir notre diagnostic hésitant.

Très peu de nos malades ont présenté des symptômes gastriques au début : s'il a existé quelques vomissements, ceux-ci ont rapidement disparu ; rarement nous avons constaté de la douleur à l'épigastre, même à la période d'état. Une seule fois, après une fièvre typhoïde grave, terminée du reste par la guérison (n^o 31 de notre tableau), nous avons observé des vomissements verdâtres qui ont persisté pendant deux ou trois jours et qui, sans donner des troubles consécutifs, ont disparu en l'espace de 48 heures à mesure que la convalescence s'accusait.

Foie. — Quelques fois le foie nous a montré une augmentation de volume, mais le fait est loin d'avoir été constant.

Rate. — La rate, au contraire, s'est toujours montrée plus volumineuse qu'à l'état normal, appréciable à la percussion : c'est là un fait, sur lequel insiste M. Hardy que, lorsque la percussion permet d'apprécier dans une certaine mesure le volume de la rate, celle-ci doit être considérée comme augmentée de volume, car, à l'état normal, on ne peut par ce moyen la retrouver. Donc, chez presque tous nos malades, la rate a été augmentée de volume : une seule fois nous n'avons pu la découvrir à l'exploration.

Urines. — Les modifications offertes par les urines ne se sont point éloignées sensiblement, pour ce qui est de l'urée par exemple et des chlorures, du chiffre ordinaire des typhiques ; toujours nous avons constaté à l'aide de l'acide chlorhydrique et du chloroforme la présence d'indican. La présence de ce corps qui, lorsqu'il se retrouve avec de l'albumine dans les urines des typhiques, serait considéré par le chef de laboratoire de chimie à la Charité, M. Robin, comme signe presque pathognomonique de dothiéntérie, n'aurait pas, comme le faisait observer M. Hardy, une valeur diagnostique aussi considérable. Seul, il se rencontre, en effet, dans beaucoup de maladies autres que la fièvre typhoïde, et lorsqu'il se trouve associé à l'albumine, sa valeur ne serait encore pas de nature à lever tous les doutes ; c'est donc un signe à ajouter à ceux que présente déjà le malade ; c'est un signe qui peut, combiné à d'autres, aider au diagnostic, mais qui serait, selon M. Hardy, impuissant à le faire à lui seul.

Taches rosées lenticulaires. — La période d'état s'est montrée en général vers le 7^e ou le 8^e jour, marquée par des apparitions de taches rosées ; et à ce propos nous devons dire que, jamais chez les typhiques que nous avons eu l'occasion d'observer, les taches rosées lenticulaires n'ont fait défaut ; de telle sorte que, répétant ici l'opinion qu'émettait M. le professeur Hardy dans sa clinique, nous pourrions répéter avec notre maître « que la tache rosée est la signature de la fièvre typhoïde ». En général ces taches se sont montrées discrètes.

Miliaire. — Chez un de nos malades qui entra à l'hôpital, (obs I, n^o 13 de notre tableau), nous eûmes à constater une

éruption de miliaire qui laissa quelque temps le diagnostic incertain. Cet homme qui entra à l'hôpital en plein délire, délire d'action, était dans l'impossibilité absolue de nous rendre compte de son état et de nous dire depuis combien de temps il était malade : bref, il avait du délire et 40,6 de température dès le jour de son entrée. Mais il portait en même temps sur tout le corps une éruption caractérisée par des vésicules et des vésico-pustules.

Sur certains points du corps, on voyait autour d'une petite saillie vésiculo-pustuleuse une zone rouge qui disparaissait sous la pression du doigt, et, particularité intéressante, il existait à la nuque une large tache rouge framboisée, scarlatiniforme. Cette éruption eût pu faire penser peut-être à une scarlatine, et nous en avions du reste la pensée ; mais la rougeur ne s'était pas montrée aux points d'élection habituels dans cette dernière maladie, à la face interne des membres et au niveau des plis de flexion articulaires ; chez notre malade, la rougeur était *bornée* à la nuque, fait qui dans la scarlatine n'est pas habituel, puisque l'éruption dans cette dernière se montre en même temps aux plis de flexion, etc.

Mais ce malade présentait aussi de la miliaire, miliaire qui semblait précéder les éruptions scarlatiniformes puisque la miliaire existait en des points où les taches framboisées n'avaient point encore apparu, fait en contradiction absolue, on le sait, avec ce qui se montre habituellement dans la scarlatine où la miliaire s'accuse seulement à mesure que se manifeste l'éruption.

M. Le professeur Hardy eut un instant l'idée d'une suette miliaire, mais comme on n'observe point dans cette dernière le rash que nous avions chez notre malade, cette affection dut encore être éliminée.

Les vésico-pustules enfin purent faire agiter un instant le diagnostic de variole, mais dans celle-ci, les vésico-pustules se montrent plus larges qu'elles n'étaient chez notre malade : le rash de la variole n'a pas le même siège d'élection que celui que nous avons sous les yeux : il se montre surtout aux plis de flexion.

Déjà par exclusion, on était donc amené au diagnostic de fièvre typhoïde. Du reste, l'état général était absolument celui que l'on rencontre dans cette maladie, et c'est à cette idée là, que l'on dût s'arrêter. Ces éruptions que l'on trouve mentionnées dans nombre d'observations, entre autres dans la thèse de M. Keromnes, 1881, et dans la thèse de M. Mornan, 1875, n'ont jamais donné lieu à des difficultés aussi grandes de diagnostic ; je dois ajouter qu'elles s'accompagnaient dès le lendemain de l'entrée du malade de taches de purpura : je dois dire enfin qu'elles se sont montrées ici dans une dothiéntérie à forme ataxique, ataxo-adynamique qui, trois jours après l'arrivée du malade dans le service, a entraîné la mort.

Chez nos malades, l'apparition des manifestations pulmonaires se sont faites, on peut le dire, régulièrement vers le 7^e ou le 8^e jour, marquant avec les taches rosées lenticulaires la transition entre la période d'invasion et la période d'état. En général, elles ont été peu intenses ; cependant chez quatre de nos malades elles se sont montrées assez violentes, et ont paru coïncider avec des fièvres typhoïdes intenses et de durée assez longue. (N^{os} 10, 13, 23, 20 de notre tableau.)

Nous pourrions peut-être, de ce fait, tirer, avec M. le professeur Hardy, les conclusions suivantes : que les complications pulmonaires paraissent coïncider avec les for-

mes graves, ou aggravent peut-être la fièvre typhoïde du fait de leur apparition.

Les plèvres ont été une seule fois touchées chez nos malades (N° 3). Chez ce dernier une pleurésie survint au vingt-quatrième jour, et se termina rapidement, puisque le quarantième jour le malade se trouvait guéri de sa fièvre typhoïde et de sa pleurésie.

Deux fois nous avons constaté des altérations dans les voies aériennes supérieures, laryngo-typhus (N° 22). C'est là une complication connue depuis longtemps par Louis qui, exagérant peut-être, prétendait qu'on doit rapporter au typhus toutes les ulcérations qui ne sont point de nature tuberculeuse : c'est là une complication étudiée plus tard par Bouillaud, Trousseau, Charcot, dont Rokitansky et Victor ont donné de bonnes descriptions anatomopathologiques, mais dont Griesinger le premier a donné une bonne étude.

Lorsque nos malades en étaient à la période d'ulcération intestinale, nous n'avons point trouvé chez la plupart de typhus laryngé. La pression de l'organe n'était point douloureuse et l'altération de la voix, si elle existait dans quelques cas, pouvait aussi bien être mise sur le compte de la présence dans la gorge de fuliginosités, que sur le compte d'altérations du larynx.

Deux fois seulement ces complications se sont montrées bien nettes, mais n'ont point atteint un degré extrême, ne sont point allées jusqu'à déterminer la nécrose des cartilages. Toutefois, chez notre malade, il existait bien nettement de la toux par instant quinteuse, un peu de raucité de la voix, de la douleur à la pression. Enfin, l'examen laryngoscopique fit découvrir les altérations caractéristiques (obs. V),

Laporte.

Hémorrhagies. — Dans quatre cas nous eûmes à observer des hémorrhagies intestinales qui ne se renouvelèrent qu'une fois, N° 6 ; se montrèrent deux fois chez le N° 25 et cinq fois chez le N° 23. La seule malade que nous ayons observée à un âge un peu avancé, à quarante-deux ans, et qui se trouve actuellement en convalescence, a eu au dixième jour deux hémorrhagies intestinales assez abondantes.

Rapidement après l'hémorrhagie apparut de l'abaissement de la température (N° 6 par exemple), et bientôt la convalescence ; à tel point, qu'on pourrait ici appliquer la proposition de Trousseau qui faisait en pareil cas de l'hémorrhagie intestinale un symptôme de bon augure. Mais d'autres fois, par contre, les hémorrhagies intestinales ont pu causer quelques inquiétudes, celles par exemple du N° 6, et certes, chez ce malade, Trousseau eût pu regretter quelque temps, comme le faisait observer M. le professeur Hardy, d'avoir signé la proposition que nous venons d'énoncer. Néanmoins, cet homme a guéri, mais il a de plus présenté une particularité importante, c'est que l'hémorrhagie s'est manifestée au dixième jour d'une rechute. C'est là un fait bien digne de remarque et qui vient à l'appui de l'opinion de M. Hardy au sujet des rechutes, lorsqu'il avance que celles-ci ont une marche rapide, bien plus rapide que la fièvre typhoïde dans ses premières atteintes. Effectivement l'hémorrhagie se fit chez ce malade, nous le répétons, au dixième jour, lorsque dans les formes ordinaires c'est vers le quatorzième seulement qu'elle se manifeste.

Une seule fois nous avons observé au sacrum une eschare large, étendue (N° 29), chez laquelle la fièvre typhoïde s'était accompagnée aussi de diarrhée colliquative ; enfin chez la malade N° 30 dont la fièvre fut typhoïde grave aussi, nous avons observé un petit abcès au niveau du sacrum, mais qui a disparu rapidement lors des premières approches de

la convalescence; dans l'observation II, au douzième jour de la maladie, chez un sujet alcoolique, qui devait guérir du reste se présenta de l'épilepsie spinale et de l'exagération du réflexe rotulien.

Température et pouls. — Ce sont là les complications que nous ont présentées nos malades; mais avant de passer à l'énumération des formes, des allures diverses qu'a présentées la dothiéntérie, nous tenons à dire un mot des caractères du pouls et de la température qui, selon des vues nouvelles exposées par M. le professeur Hardy et que nous n'avons trouvé mentionnées nulle part, peuvent fournir de précieuses indications diagnostiques, et dicter le pronostic de la maladie.

M. Hardy s'appuie d'abord sur ce fait important, et que nous avons pu vérifier chez nos malades, que la fièvre dans la dothiéntérie, est plus appréciable à l'exploration thermométrique qu'à l'exploration du pouls. Lorsqu'en effet avec 40° de température rectale on devrait habituellement trouver 110 pulsations, au contraire, dans la fièvre typhoïde le pouls avec un pareil degré thermique monte rarement au delà de 100 pulsations. De telle sorte que, sans examen plus approfondi, l'attention doit se trouver tout d'abord attirée du côté de la fièvre typhoïde, lorsqu'avec une élévation thermique notable, 40° degrés par exemple, on trouve seulement 100 pulsations. Mais, outre cette importance diagnostique, M. Hardy tire encore de ses observations des indications pronostiques du plus haut intérêt, et qui peuvent se résumer en cette proposition : *Lorsque le pouls dans la fièvre typhoïde acquiert de la fréquence, prend une fréquence en rapport avec l'élévation thermique, le pronostic peut être très sérieux.* En effet, chez tous les malades

qui se sont présentés avec une fièvre typhoïde qui devait guérir, et rapidement guérir, le pouls n'a guère dépassé 100 pulsations à la minute, malgré une température rectale de 40°; au contraire, les malades chez lesquels la fièvre typhoïde devait durer, le pouls, avec la même élévation de température atteignait, 115, 120 pulsations, et ceux chez lesquels la mort a été observée ont, dès les premiers jours, dépassé 130 à la minute, témoin le N° 13 du tableau (obs. I), qui, avec 41° et le pouls entre 150 et 160, succomba dans la soixante-douzième heure à partir de son entrée; témoin encore le N° 20 du tableau (obs. III), dont le pouls, après avoir suivi dans le cours de la maladie les oscillations de la température suivit encore celle-ci aux approches de la mort, et s'éleva avec elle successivement à 120, 140, 160, lorsque le thermomètre introduit dans le rectum donnait 40°,2, 41°, 41,4.

Le pouls donc, dans la fièvre typhoïde qui doit guérir, ne suit jamais en fréquence l'élévation thermique; il la suit, au contraire, toujours dans les cas défavorables, et d'autant plus, que le moment est plus proche de la terminaison fatale (1).

Les *Formes* de fièvre que nous avons eu à observer ont été fort variées comme le montre l'étude de nos observations. Quatre fois nous avons observé la forme thoracique, trois fois la forme ataxique ou ataxo-adyamique et, dans le reste des cas, c'est la forme gastro-intestinale que nous avons observée; mais nous devons ajouter que des symptômes d'adynamie se sont montrés concurremment à ces diverses formes accompagnant surtout la forme thoracique

(1) On trouvera du reste ces indications développées dans la thèse de M. Malherbe.

et la forme ataxique, et se montrant toujours plus accusés dans ces cas.

De ces diverses formes que nous avons pu observer, la forme thoracique et la forme ataxique ont certainement été les plus graves puisque, lorsque dans la forme intestinale, nous n'avons perdu aucun malade; au contraire, une fois sur quatre dans la forme thoracique, une fois sur trois dans la forme ataxique nous avons eu à déplorer la mort.

Mort. — C'est dans ces deux cas seulement, une fois la forme ataxique, une fois la forme thoracique, que nous avons observé une terminaison fatale.

32 malades donc sur 34 ont guéri définitivement.

Traitement. — Le traitement suivi dans la fièvre typhoïde sur les malades dont nous rapportons l'histoire a été le suivant : pour boissons, de l'eau, du vin et macération de quinquina vineuse dans les formes longues ou chez les sujets affaiblis.

Dans les premiers jours, une purgation tous les deux ou trois jours, pour vider, nettoyer l'intestin; purgations à l'eau de sedlitz (un ou deux verres), que M. Hardy suspendait chaque fois que la diarrhée était trop abondante.

Après quelques jours, vers le 7^e ou le 8^e, et pour peu qu'il y ait de l'adynamie, préparation au quinquina associé au cognac : Extrait de quinquina de 2 à 4 grammes; cognac 30, 40 grammes.

Jamais au delà; M. Hardy, ayant remarqué que l'alcool agite les malades, surtout les gens nerveux, excitables, et qui ne sont point habitués aux spiritueux.

Enfin comme régime: bouillon, lait, et alimentation dès les premiers jours de la convalescence (œufs, viandes légères, etc., etc.)

Mais à côté de cette médication qui a fait la base de la thérapeutique, on a dû recourir à divers moyens susceptibles de combattre les complications que nous avons pu observer : dans le cas d'hémorragies intestinales : glace à l'intérieur, glace sur le ventre, en ayant soin d'interposer entre la vessie contenant la glace et la paroi abdominale, un linge en flanelle sous peine d'avoir des eschares. Lavements froids avec 15 à 20 gouttes de perchlorure de fer : moyen dont on s'est fort bien trouvé dans tous les cas.

Dans le laryngo-typhus, on a dû recourir à des applications de teinture d'iode, de vésicatoires au-devant du cou.

Contre les congestions pulmonaires, les bronchites, les broncho-pneumonies, on a eu recours aux vésicatoires qui amènent très rarement la gangrène dans la fièvre typhoïde quoi qu'en aient dit quelques médecins (Hardy), mais qui devront être en tout cas proscrits dans la forme rénale que nous n'avons, du reste, pas eu l'occasion d'observer. Contre ces complications encore, M. Hardy, employa souvent les ventouses sèches, et nous devons dire, à ce sujet, qu'il n'hésitait point à recourir à ce moyen, même alors que les symptômes thoraciques étaient peu intenses, alors qu'il existait simplement quelques sibilances, un peu d'étouffement.

Enfin, lorsque la fièvre s'accompagnait d'adynamie, M. Hardy supprimait ou donnait plus rarement les purgatifs, et nourrissait le malade autant que faire se pouvait, dans le but de ne point ajouter à l'adynamie propre de la fièvre typhoïde, l'anémie de la diète ou des purgations.

Chez tous nos malades, M. Hardy a administré des lavements froids, deux ou plus par jour, et constitués chacun par un verre ou un demi-verre d'eau à la température de la chambre ; c'est là un moyen qui abaisse à chaque la-

vément la température, à tel point qu'en les administrant trois et quatre fois par jour, on peut maintenir la température relativement basse dans les formes hyperthermiques. Enfin, c'est un moyen que M. Hardy préfère aux lotions froides souvent mal faites, et surtout aux bains froids qui, donnés par des mains mercenaires, amènent quelquefois de très graves accidents.

La médication qui a été employée chez nos malades, nous la donnons, en faisant l'histoire des indications : ces moyens sont connus de tous ; il est donc inutile d'y insister. Nous tenons simplement à rappeler, à côté de cette médication, un point de notre statistique, deux morts sur trente-quatre cas de dothiéntérie.

Durée. — La durée a varié chez nos malades entre 12 et 45 jours. En moyenne donc, elle a été de 16 à 24 jours ou 21 jours pour terme unique. Mais si l'on analyse nos observations, on se convainc facilement que la durée ne comporte pas nécessairement un caractère de gravité de la maladie, car le nommé Lansmant, mort avec une fièvre ataxique, succomba au huitième jour environ, et c'est au vingt-huitième seulement que mourut notre femme, avec complications thoraciques.

Récidives. — Deux de nos malades, n° 6, n° 17, après quelques jours d'apyrexie complète, ont été repris de fièvre, de diarrhée, de taches rosées, bref, de récurrence franche.

D'autre part, nous avons eu, phénomène curieux, une femme, n° 19, n° 24, qui, après une fièvre typhoïde qui avait duré 45 jours, revint deux mois après dans le service avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde ; fièvre, ta-

ches, diarrhée, etc., etc. C'est là un fait rare qui ne s'est jamais offert à l'observation de M. Hardy, et que nous avons cru devoir signaler ; enfin Semné Eulalie, femme de 47 ans, se trouve actuellement traitée à la salle Sainte-Anne, n° 34, pour la dothiéntérie qu'elle a eue déjà en 1868, et le diagnostic à cette époque fut fait à l'hôpital, il ne paraît donc point de doute à cet égard.

Un point essentiel sur lequel M. Hardy attire l'attention dans les cas de récidives de la fièvre typhoïde est le suivant : que la maladie dans de pareilles conditions, évolue avec une rapidité surprenante, à tel point que la diarrhée existe le premier jour, les taches rosées le troisième, etc.

OBSERVATION I.

Fièvre typhoïde à forme ataxo-adyynamique. — Eruption miliaire (sur le tronc). — Autopsie.

Le nommé Lausmant (Hypolyte), âgé de 29 ans, journalier de profession, entre le 3 mai 1882, salle Saint-Charles, lit n° 24. Le jour de son entrée, le malade délire ; il est impossible d'obtenir aucune réponse sur ses commémoratifs, ni de savoir les motifs pour lesquels il a été amené à l'hôpital. Les renseignements transmis par la famille semblent établir que cet homme, malade depuis trois semaines, s'est plaint d'abord d'une céphalalgie vive, intolérable.

A la même époque, il aurait eu des nausées qui ne s'accompagnèrent pas de vomissements. Depuis ce moment il est très affaibli et somnolent.

Il a pu néanmoins continuer son travail pendant quinze jours, et ce n'est que huit jours avant d'entrer à l'hôpital qu'il se serait alité. Trois jours avant de venir ici, il a été pris de délire très violent, à tel point qu'il se levait continuellement pour se jeter par la fenêtre, ce qui a nécessité une surveillance continuelle autour de lui. Il n'avait jamais eu d'épistaxis. Sa femme raconte qu'il ne faisait point d'excès alcooliques.

Etat actuel. — Température, 46,6 ; Pouls, 120.

Ce malade a du délire et est un peu agité. Sa figure, couverte de sueurs, exprime un abattement profond.

Langue sèche, fuligineuse. Lèvres fuligineuses. Etat pulvérulent des narines.

Le ventre est gonflé et distendu par des gaz, il n'est pas douloureux. La fosse iliaque droite présente du gargouillement. Diarrhée.

On trouve sur le corps une éruption caractérisée par des vésicules et des vésico-pustules reposant sur une surface cutanée érythémateuse ; ces vésico-pustules sont inégalement distribuées. Elles sont très nombreuses sur l'abdomen, moins nombreuses à la face antérieure du thorax : mais c'est surtout à la nuque et à la face postérieure du tronc qu'elles sont confluentes. Sur cette dernière partie, elles sont en effet très rapprochées les unes des autres, tout en restant cependant distinctes. A la nuque, elles se confondent presque toutes, sont agminées, et se montrent sur une surface d'un rouge scarlatiniforme.

La rougeur de cette éruption disparaît momentanément sous la pression du doigt. A la face, il existe aussi quelques vésico-pustules, mais beaucoup plus espacées et beaucoup plus pâles.

Cette éruption disparaît à la racine des membres ; on n'en trouve aucune trace dans les aines, le creux poplité ni les aisselles.

Examen de la gorge. — Pas d'énanthème. Sur la voûte palatine, quelques points violacés qui en imposent *a priori* pour des ecchymoses, mais disparaissent par le grattage.

Poumons. — Quelques râles sibilants en avant.

Le pouls est rapide, régulier.

Rien au cœur.

Le foie est normal.

Région splénique. — La percussion donne de la matité dans une petite étendue.

Ni albumine, ni indican dans les urines.

4 mai. La température est de 30,8. Le pouls accuse 128.

Même éruption vésico-pustuleuse sur le tronc. Soubresauts des tendons. Même état que la veille.

Traitement. — Julep gommeux avec 8 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Le 5. Délire. Phénomènes ataxo-adiynamiques, soubresauts des tendons. L'état d'abattement du malade est plus prononcé qu'hier ; la figure est couverte de sueurs ; les lèvres présentent une coloration violacée. Sueurs profuses la nuit. Diarrhée intense.

Lèvres et langue sèches, fuligineuses. Les vésico-pustules persistent ; elles ne sont pas ombiliquées.

Laporte.

Le 5 (soir). Le malade est dans le coma ; les lèvres tremblent d'une manière intermittente ; il en est de même des mains, des avant-bras. Les genoux sont violacés, les extrémités froides, les ongles bleus.

La langue est sèche, recouverte de fuliginosités noires.

Respiration trachéale.

Le délire persiste très accentué.

Sur le bras droit et la région xyphoïdienne persiste une tache purpurique.

L'éruption miliaire vésico-pustuleuse est très atténuée, en voie de disparition sur la poitrine, persistante sur la nuque et sur le dos, principalement à la partie supérieure ; l'érythème de la nuque est moins intense.

Pas de taches rosées manifestes.

Sueur perlée sur le front.

L'abdomen n'est ni ballonné, ni météorisé, ni douloureux à la palpation.

Diarrhée persistante, jaune, sans hémorrhagie.

Fièvre intense. Pouls, 136. Température 41,2.

Poumons. — Quelques râles sous-crépitaux en arrière des deux bases.

Cœur. — Les battements sont fréquents, irréguliers.

Traitement. Lotions froides sur le corps.

Décédé à une heure du matin, le 6 mai.

Autopsie. — Rigidité cadavérique.

Sur la région iliaque, la peau présente un aspect violacé. L'abdomen est aplati.

Sur la région de la nuque et du dos, les éléments vésiculeux reposent sur une surface violacée ; les vésicules sont déprimées à leur centre et rappellent l'acné varioliforme.

Cavité abdominale. — Pas d'ascite. Pas de péritonite. Les anses intestinales sont poisseuses.

Rate hypertrophiée ; 17 centimètres en longueur, 11 centimètres en largeur.

Aspect extérieur rouge-vineux. Elle se laisse facilement déprimer par le doigt. Son parenchyme est diffus.

Mésentère chargé de graisse.

Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés, ils varient depuis le volume d'une petite noisette à celui d'un gros haricot ; ils sont durs au toucher, présentent à leur surface extérieure une vascularisation très riche. A la coupe, une surface pulpeuse d'un rouge lié de vin ; l'examen à la loupe de cette surface ganglionnaire permet de reconnaître de nombreuses traînées vasculaires linéaires. Quelques ganglions au niveau du méso-cæcum ont les dimensions d'un œuf de pigeon.

Gros intestin. — A quinze centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, existe une surface ulcérée, oblongue, à grand diamètre parallèle à l'axe de l'intestin; cette surface verdâtre est parsemée de points saillants, blancs, au centre desquels se trouve un point noir. Tout le reste de la muqueuse du gros intestin est parsemé de follicules clos, saillants, ayant à leur centre un point noir : il semble que des grains de poudre se soient incrustés en divers endroits du gros intestin.

Intestin grêle. — La muqueuse est parsemée d'ulcérations très saillantes, d'un rouge vif, d'aspect clair, principalement dans la dernière portion de l'iléon qui précède immédiatement la valvule iléo-cæcale. Ces plaques de Peyer ulcérées, très étendues, à aspect fongueux, se rencontrent notamment sur la dernière portion de l'iléon; mais à mesure qu'on remonte vers le duodénum, les plaques ulcérées se montrent moins saillantes, plus isolées; elles ressemblent à une barbe fraîchement faite sur la première portion de l'iléon et du jéjunum.

A quatre centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, se trouve une ulcération ovalaire, fongueuse, déchiquetée, d'un rouge lie de vin, mesurant 8 centimètres de longueur sur 3 centimètres $\frac{1}{2}$ de largeur. A 12 centimètres de cette plaque, on en trouve une deuxième ayant les mêmes caractères, 7 centimètres de longueur sur 2 centimètres $\frac{1}{2}$ de largeur.

27 centimètres plus haut, une troisième plaque qui mesure 6 centimètres de long sur 2 centimètres $\frac{1}{2}$ de large. Entre ces trois volumineuses plaques ulcérées, on en trouve un grand nombre de dimensions moindres, saillantes, d'un aspect blanchâtre, dont le volume varie d'un gros pois à celui d'une pièce de un franc et deux francs.

A 29 centimètres au-dessus de la troisième grosse plaque ulcérée, on trouve une plaque de Peyer ulcérée, oblongue, caractérisée par une surface inégale, c'est-à-dire par des saillies fongueuses, et de nombreux points noirs rappelant l'aspect de la barbe fraîchement faite. Cette plaque mesure 4 centimètres $\frac{1}{2}$ sur 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de largeur. Nous trouvons 14 plaques semblables sur la muqueuse intestinale comprise entre la dernière plaque que nous avons décrite et qui se trouve à 95 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Mais à mesure que nous arrivons vers la première portion de l'iléon et que nous parcourons le jéjunum, nous remarquons que les plaques ulcérées se montrent plus rares; néanmoins nous en trouvons trois bien manifestes sur les valvules conniventes, dont une tout à fait au commencement du jéjunum, et caractérisée par une surface grise avec piqueté noir.

La muqueuse intestinale présente une coloration rouge: en quelques points elle est verdâtre. Toutes les ulcérations des plaques de Peyer et des

follicules clos sont parallèles à l'axe du gros intestin et en occupent le bord libre.

Nous n'avons pu examiner les autres viscères abdominaux, thoraciques et crâniens, parce qu'une opposition a été faite à l'autopsie. Nous avons dû nous borner à retirer les intestins, la rate et les reins, en pratiquant une incision sur la ligne médiane de l'abdomen, depuis la région ombilicale jusqu'au pubis.

OBSERVATION II.

Fièvre typhoïde à forme ataxique. — Hémorrhagie intestinale.
Rechute. — Guérison.

Le nommé Vignot, Ernest, tonnelier de profession, âgé de 30 ans, entre le 18 janvier 1882, à la Charité, salle Saint-Charles, n° 20, dans le service de M. le professeur Hardy.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Il a eu la variole au mois de juin dernier. Se livre quelquefois à des excès alcooliques.

Malade depuis douze jours environ; il éprouve du malaise, une courbature générale. On lui administre un ipéca, et depuis lors survint une diarrhée très abondante accompagnée de céphalalgie intense, et de surdité incomplète.

Il ne dort que très peu, mais pourtant n'est pas agité. Il n'a eu ni épitaxis, ni vomissements. La diarrhée est toujours très intense, il n'a pas moins de 15 selles par jour.

Etat actuel. — La langue est couverte d'un enduit saburral, rouge à la pointe et sur ses bords, mais n'est ni sèche, ni fuligineuse. Le ventre n'est pas ballonné. La palpation de la fosse iliaque droite y révèle du gargouillement.

Sur la poitrine, et à la partie inférieure de l'abdomen, se voient des taches rosées lenticulaires bien caractérisées.

La percussion au niveau de la rate révèle une légère hypertrophie de cette dernière.

L'auscultation ne donne rien d'anormal dans le murmure respiratoire.

L'examen des urines révèle une notable quantité d'indican : il n'y a pas trace d'albumine.

Les réflexes tendineux sont exagérés.

L'épilepsie spinale est très marquée. Tremblement des lèvres, de la langue et des mains.

Température, 38,6. Pouls, 75.

19 janvier. La température s'est élevée de deux degrés. Aucune manifestation nouvelle tant du côté des voies respiratoires que des organes céphaliques.

Potion avec extrait quinquina, 4 grammes. Cognac, 40 grammes.

Le 20. Diarrhée très abondante.

Température, 40,2. Pouls, 80.

Lavements froids répétés deux fois par jour, avec laudanum V gouttes.

La potion tonique est continuée.

Le 20 (soir). Facies exprimant l'hébétude, pas de délire. Le tremblement des lèvres, de la langue et des mains persiste. Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux. Les poumons sont sains.

L'urine est d'un jaune intense ; traitée par l'acide nitrique, on aperçoit un cercle bien prononcé d'acide urique.

La température est de 40,8. Le pouls de 88.

Le 21. La température descend à 40,2. Pouls, 90. Les taches rosées sur l'abdomen, le gargouillement dans la fosse iliaque et la diarrhée persistent.

Le 22. Même état. Température 40,1. Pouls, 100.

Le 23. La température descend brusquement à 38°, le pouls à 80. A partir de ce jour, les phénomènes spinaux ont presque entièrement disparu.

La respiration reste libre, le facies du malade reprend son expression normale.

La guérison semble prochaine, quand brusquement, le 27 au soir, la température s'élève à 39,8 ; le pouls reste à 80. Rien du côté des organes thoraciques ou encéphaliques.

Le 28 janvier et les jours suivants, les phénomènes du début, stupeur, tremblement des lèvres, de la langue et des mains, exagération des réflexes tendineux, reparaissent avec toute leur violence du début.

Le 31 (soir). La température atteint 40,4, le pouls reste à 90.

Du 31 au 4 février. La température oscille entre 39° et 40°. Les symptômes généraux restent toujours très graves. Les poumons sont sains.

Le 4 février (soir). La température atteint le chiffre énorme de 41°. Le pouls reste à 90.

Le 8. Langue humide. Ventre ballonné, délire la nuit. Ce même jour, dans la journée, la sœur du service constate dans les garde-robes la présence de sang qu'elle évalue à 100 grammes.

Lavement au perchlorure (15 gouttes). Application de glace sur le ventre en ayant soin de tenir entre la peau et la vessie qui contient la glace une pièce de flanelle, et ce, pour éviter les eschares.

Le 9. La température qui, la veille était à 38,6, le pouls à 90, remonte

le 9 au matin à 39,8, pour descendre le soir à 39 seulement. Météorisme.

Le 10. Hémorrhagie intestinale, 886 grammes environ. Langue sèche, vernissée. Abattement assez considérable, délire la nuit, soubresauts des tendons, abdomen affaissé, téguments pâles.

Le 18 (soir). Langue toujours sèche et plus tremblante qu'elle ne l'avait été jusqu'ici, recouverte de fuliginosités noirâtres; le malade avait eu des sueurs très abondantes dans la journée. Tremblement continu des membres supérieurs.

Le 12. Température, 38°.

Le 17. Etat général meilleur. La température à partir de ce jour oscille entre 37° et 38°.

Potage, œufs.

A partir de ce moment, l'amélioration continue, et, le 13 mars, le malade sort guéri.

OBSERVATION III.

Fièvre typhoïde à forme thoracique. — Autopsie.

La nommée Combelle, Marie, âgée de 21 ans, domestique de profession, entre le 6 décembre 1884, salle Sainte-Anne, lit n° 22.

Antécédents héréditaires. — Père mort, ne sait de quelle maladie. Mère bien portante. Frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels. — A été un peu strumeuse dans l'enfance. Pas de rhumatisme, pas de syphilis. Aucune maladie antérieure. Habite Paris depuis trois mois seulement. Il y a quinze jours, elle fut prise de maux de tête avec insomnie, de perte d'appétit, de courbature générale. Pas de diarrhée, pas de vomissements, pas de douleurs dans le ventre.

Avant-hier, 4 décembre, épistaxis légère; elle a rendu seulement quelques gouttes de sang. Sentant son état empirer, elle se rend à la Charité où elle est reçue dans le service de M. le professeur Hardy, salle Sainte-Anne, lit n° 22.

Etat actuel. — Facies exprimant l'hébétude. Si l'on fait asseoir la malade sur son lit, elle accuse des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles considérables: elle entend assez mal et dit que ce phénomène est survenu il y a deux ou trois jours.

La langue est humide, mais rouge sur les bords, qui sont framboisés; les lèvres sont sèches, et avec quelques fuliginosités sur les bords. Les narines ne sont pas pulvérulentes, mais elles sont sèches; la malade ne mouche plus.

Le ventre n'est pas ballonné; il est souple, et la palpation de la fosse iliaque droite laisse nettement percevoir du gargouillement.

Peu de diarrhée. Taches rosées lenticulaires assez abondantes sur le ventre et le tronc.

La percussion de la rate dénote une hypertrophie notable de cet organe; elle mesure environ 10 centimètres dans le diamètre vertical.

A l'examen de la poitrine, on constate de la sonorité à la percussion, des râles sibilants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons, et par points, quelques râles sous-crépitaux à grosses bulles.

L'urine ne contient pas d'albumine, malgré l'élévation de la température, mais elle renferme une quantité considérable d'indican.

3 décembre. Oppression manifeste; râles sibilants dans toute la poitrine, quelques crachats spumeux adhérents au vase.

20 ventouses sèches.

Potion avec : Extrait de quinquina, 4 grammes. Cognac, 40 grammes. Lavements froids.

La malade a rendu deux ascarides lombricoïdes.

Le 9. La malade a un peu dormi. L'oppression persiste. Respiration, 38°.

Râles sibilants dans toute la poitrine; râles sous-crépitaux disséminés dans les 2/3 inférieurs du poumon droit et en arrière. Expectoration spumeuse; quelques crachats sont teintés de sang.

Pas de souffle cardiaque.

Langue tremblante, mais humide; taches rosées lenticulaires nombreuses. La malade ne va à la selle qu'avec des lavements. Le facies est prostré, les lèvres sèches, fuligineuses sur les bords.

Le 9 (soir). La sonorité n'est point encore modifiée, mais râles sous-crépitaux disséminés dans les deux poumons; quelques râles sibilants. Crachats spumeux, aérés, adhérents au vase et légèrement teintés de sang.

Le 10. La malade a un peu dormi; la peau est sèche; elle est moins oppressée que la veille.

Le 10 (soir). Surdité manifeste, hébété; elle accuse des douleurs de tête assez vives. Taches rosées lenticulaires assez abondantes. A la base et à droite, légère diminution de la sonorité; on perçoit quelques râles crépitaux à l'inspiration; les crachats sont un peu purulents et en même temps couleur jus de pruneaux.

Vésicatoire à la base droite. Sulfate de quinine 0,50 centigrammes.

Le 11. Même état général, peu de toux, crachats striés de sang rouge; râles sous-crépitaux et sibilants dans toute l'étendue des deux poumons en avant et en arrière.

Le 12. Epistaxis. Pouls 122.

Le ventre est ballonné. On entend dans les deux poumons des râles sibilants à l'inspiration et à l'expiration. En arrière, à la base et à droite,

des râles sous-crépitaants à grosses bulles inégales, et à l'inspiration seulement.

Extrait de quinquina..... 4 gr.
Cognac..... 40 —

40 ventouses sèches en avant et en arrière de la poitrine.

13 décembre. Peu de diarrhée; néanmoins quelques selles involontaires. Dyspnée assez intense. Respiration, 40.

Les crachats sont visqueux, sanguinolents.

En avant, à l'auscultation, des deux côtés et aux deux temps, râles sibilants; pas de râles sous-crépitaants. En arrière, *à gauche*, pas de matité bien marquée, la respiration est affaiblie.

A droite: râles sibilants partout, et à la moitié inférieure, râles crépitaants à grosses bulles à l'inspiration; pas de souffle tubaire.

Vésicatoire en avant de la poitrine.

Même traitement interne.

Le 14. Râles crépitaants et sous-crépitaants à droite et à la base, mais pas de souffle. La malade accuse du mieux; la dyspnée a un peu diminué. Les crachats sont toujours sanguinolents.

Le 16. Pas de phénomènes nerveux; épistaxis assez abondante dans la nuit; la dyspnée persiste. Râles sous-crépitaants à gauche et en bas; du reste, aux deux bases on observe les mêmes phénomènes de percussion et d'auscultation, c'est-à-dire, matité assez marquée et râles sous-crépitaants mêlés à des râles crépitaants à grosses bulles inégales et à l'inspiration.

Vésicatoire. à la base gauche de la poitrine, de 15 cent. de largeur sur 15 cent. de hauteur.

Le 17. Même état; la malade s'affaiblit un peu. Elle a des vomissements. Pas de modifications pulmonaires.

Le 18. La dyspnée augmente; les signes stéthoscopiques restent les mêmes; la malade ne dort pas; peu de diarrhée.

On continue le traitement tonique.

20 ventouses sèches.

Le 19. Le pouls monte, devient plus petit; la face est cyanosée: la malade est en proie à un subdélirium constant de paroles et d'actions; il lui est impossible de se tenir sur son lit sans le secours d'un aide.

La congestion pulmonaire augmente; Les râles sous-crépitaants sont plus nombreux; la matité s'étend à la moitié inférieure du poumon.

Le 20. Nouveau vésicatoire en avant de la poitrine. La dyspnée devient de plus en plus intense. Le refroidissement des extrémités, commencé la veille au soir, s'étend à la face qui est pâle avec des taches bleuâtres; le nez est rétracté; la malade ne répond presque plus aux questions qu'on lui pose

A l'auscultation, râles nombreux, sous-crépitaux et crépitaux aux deux extrémités inférieures des poumons.

En arrière, la matité est presque complète; on n'entend aucun souffle.

Enfin, les phénomènes morbides s'accroissent de plus en plus, la malade meurt à 6 heures du matin.

Autopsie. — L'autopsie est faite 36 heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate : adhérences récentes entre la plèvre pariétale et la plèvre viscérale. Pas d'épanchement pleural, pas d'ascite.

Intestins. — Sur la muqueuse intestinale, dans la première portion de l'iléon, on constate de larges plaques arborescentes, rouges. Au même niveau, on commence à voir de larges plaques de Peyer ulcérées, dont le grand axe parallèle à celui de l'intestin mesure 4 centimètres, et le diamètre transversal 1 centimètre; on voit encore quelques follicules clos également ulcérés disséminés sur la muqueuse.

Vers l'extrémité de l'iléon, quelques follicules ulcérés. A 86 centimètres de la valvule de Bauhin, on trouve une plaque ulcérée d'un rouge livide, mesurant 7 centimètres dans son diamètre longitudinal, et 2 centimètres dans son diamètre transversal. A 5 centimètres de la même valvule, une plaque de Peyer ulcérée mesurant 7 centimètres dans son axe parallèle et 3 dans son diamètre transversal; cette plaque offre une surface déchiquetée très apparente quand on fait couler dessus un filet d'eau.

Sur la valvule, quelques follicules ulcérés. Dans le cæcum, on trouve également une série de follicules ulcérés à divers degrés. On n'en trouve pas dans le gros intestin.

Le mésentère présente des ganglions légèrement hypertrophiés, quelques-uns infiltrés et ramollis.

Foie. — A la surface, quelques points décolorés. Sa couleur rappelle celle du café au lait; on y voit des arborisations multiples.

A la coupe, rien de spécial, si ce n'est une décoloration de la substance hépatique.

Rate. — Hypertrophiée. Poids 230 grammes. Diamètre vertical, 16 centimètres, transversal, 10 centimètres. La capsule est légèrement adhérente à la pulpe; décortication facile.

La pulpe résiste au doigt et se laisse difficilement pénétrer.

Reins. — Congestionnés.

Utérus-Ovaire. — Rien de spécial.

Poumons. — 1^o gauche. Ecchymoses sous-pleurales très nombreuses, disséminées principalement sur la face postérieure et sur la lame inférieure du lobe inférieur.

Sur le bord inférieur du lobe supérieur, ces ecchymoses présentent

une coloration carminée; les unes pointillées, lenticulaires, les autres irrégulières.

Sur la surface diaphragmatique, les ecchymoses sont extrêmement nombreuses dans les points correspondants; le poumon ne crépite pas.

A la coupe, surface congestionnée; çà et là, se voient des flots d'un rouge noirâtre contrastant avec la couleur rouge claire de la plus grande partie du poumon; un fragment de ce dernier, pris au niveau du bord inférieur, tombe au fond de l'eau. Quand on comprime le poumon, on fait sourdre un liquide sanguin, aéré.

Poumon droit. — Entre les divers lobes, adhérences fibrineuses de date récente. Ces adhérences ne sont pas assez résistantes pour empêcher l'écartement des lèvres des scissures interlobaires. Mêmes ecchymoses sous-pleurales qu'au poumon gauche.

A la coupe, congestion, surtout à la base; on remarque quelques noyaux d'un rouge noirâtre près des bords. Un fragment du poumon surnage.

En comprimant, on fait sourdre un liquide sanguinolent aéré.

Cœur. Pas d'épanchement péricardique.

Quelques plaques laiteuses.

La fibre musculaire est décolorée; aspect brunâtre; pas d'athérome cardiaque.

Les orifices valvulaires sont sains. Caillot fibrineux dans le ventricule droit.

OBSERVATION IV.

Fièvre typhoïde (forme thoracique). — Hémorrhagies intestinales.

La nommée Boelle (Berthe), âgée de 21 ans, cuisinière de profession, entre à l'hôpital le 28 décembre 1881, salle Saint-Antoine, lit n° 16.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Habite Paris depuis 4 ans. Pas de maladies antérieures.

Depuis trois semaines, cette malade est souffrante, sans appétit, courbaturée. En même temps, une diarrhée intense est survenue à la suite d'un purgatif salin; celle-ci n'a pas duré moins de huit jours.

Cet état de malaise ne cédant pas à l'administration du purgatif, elle prend un vomitif qui n'amène aucune modification dans son état. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, diarrhée continuelle, fièvre, insomnie, céphalalgie, anéantissement, et, de plus, quelques épistaxis lé-

gères auxquelles elle n'attribue pas une grande importance, y étant, dit-elle, accoutumée.

L'affaiblissement augmentant en même temps que tous les autres symptômes s'accroissaient, elle se décide à entrer à l'hôpital où elle est reçue, à la Charité, salle Sainte-Anne, lit n° 16, dans le service de M. le professeur Hardy, le 28 décembre 1881.

Etat actuel. — La malade est amaigrie, a un facies prostré, les yeux excavés, de la céphalalgie intense, des bourdonnements d'oreilles.

Le ventre est légèrement ballonné, l'abdomen et le tronc sont couverts de taches rosées lenticulaires.

Gargouillement très net dans la fosse iliaque droite qui est douloureuse.

Tube digestif. — La langue est humide, mais fortement saburrale; les lèvres sont sèches, mais ne sont pas plus que les narines couvertes de fongosités. Diarrhée légère.

Voies respiratoires. — Toux fréquente; quinteuse; crachats muqueux peu abondants. A l'auscultation, on entend des râles sibilants nombreux, disséminés dans toute l'étendue de la poitrine.

Rate. — La percussion dénote une notable hypertrophie.

Foie. — Normal.

Cœur. — Rien d'anormal.

Urine. — Ne contient pas d'albumine, mais renferme une quantité notable d'indican qu'on décèle facilement par les procédés chimiques connus. Température 39°,8. Puls, 108.

29 décembre 1881. Le matin à la visite, même état; mais dans l'après-midi la malade a trois hémorrhagies intestinales de 200 grammes environ chacune. Le sang est noir et liquide.

Ces hémorrhagies se sont produites sans que la malade en ait eu conscience, c'est-à-dire sans symptômes prémonitoires, sans douleurs abdominales vives, sans refroidissement des extrémités, sans pâleur de la face; rien enfin qui dût annoncer le début, ni caractériser la production de chaque hémorrhagie en dehors de l'écoulement sanguin.

La palpation du ventre légèrement ballonné, n'est nullement douloureuse. L'auscultation de la poitrine révèle une quantité considérable de râles ronflants, sibilants et muqueux.

On prescrit : 1° Un lavement froid matin et soir; 2° Application de compresses froides sur le ventre; 3° Potion avec : Ext. quinquina 4 grammes. Rhum, 40 grammes.

Le 30. Même état le matin; au moment de la visite, la malade a une nouvelle hémorrhagie intestinale de 200 grammes environ. Cette dernière est exactement analogue aux trois autres, tant au point de vue de la

quantité que du caractère du sang évacué. On suspend les lavements froids ; on continue la potion tonique.

(Soir). Le soir, à la contre-visite, nouvelle hémorrhagie intestinale survenant sans aucun prodrome. La malade est pâle, affaissée, dans un état de dépression considérable. Application sur le ventre d'un sac de caoutchouc rempli de glace.

Le 31. Les hémorrhagies intestinales ne se sont pas reproduites, et la malade a eu deux selles diarrhéiques noirâtres.

Du côté de la poitrine, nous constatons à la percussion de la sonorité ; à l'auscultation, des râles sibilants, des râles muqueux fins, disséminés dans les deux poumons.

Le pouls est petit, filiforme, difficile à percevoir.

(Soir). Le soir, pas de nouvelle hémorrhagie ; le ventre, encore légèrement ballonné, n'est nullement douloureux à la pression.

Les taches rosées lenticulaires pâlisent ; on cesse l'application de glace.

1^{er} janvier 1882. Application d'un large vésicatoire au milieu du dos.

A l'intérieur, même traitement tonique.

Le 2. Même état ; la malade pourtant est moins oppressée ; ses crachats sont muqueux, aérés.

Le 3. Les râles sont de moins en moins nombreux dans la poitrine. Le ventre, toujours légèrement ballonné, est à peine sensible à la palpation. Les taches rosées pâlisent de plus en plus, et tendent à disparaître.

La malade est toujours affaissée, mais se sent beaucoup mieux ; elle demande à manger.

Du 3 au 8. Même état ; en s'améliorant progressivement, les forces épuisées reviennent peu à peu. Rien de particulier à noter.

Le 9. Tous les phénomènes thoraciques ont disparu ; c'est à peine si l'on entend çà et là quelques râles sibilants.

Pas de phénomènes abdominaux.

Pâleur des téguments.

La fièvre est tombée depuis deux jours.

Le pouls est moins fréquent, toujours petit, régulier, filiforme. La malade commence à s'alimenter : la faiblesse diminue et la malade commence à se lever.

Elle sort guérie le 13 février 1882.

OBSERVATION V.

Fièvre typhoïde. — Laryngo-typhus.

La nommée Dupont (Marie), âgée de 21 ans, domestique de profession, entrée le 20 décembre 1881, salle Sainte-Anne, lit n° 22.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pas de strume dans l'enfance. Rougeole à 6 ans; coqueluche à 10 ans, qui n'aurait duré que deux mois. Depuis, n'a jamais eu la moindre indisposition; habite Paris depuis quatre mois environ.

Il y a six semaines, elle vit son membre inférieur gauche enfler à partir du genou; elle eut en même temps une légère céphalalgie.

Le 12 décembre, elle fut prise de céphalalgie intense, de douleur à la nuque, avec nausées et vomissements.

Depuis cette époque, elle perdit complètement l'appétit, éprouva un sentiment de malaise et de courbature générale.

Le 13. Elle fut prise, en voulant se lever, d'étourdissements; à chaque instant « elle était, disait-elle, obligée de s'asseoir, ne sachant exactement où elle était, sans pourtant perdre connaissance ».

Elle n'a pas eu, à proprement parler, d'épistaxis; mais elle remarqua qu'en mouchant, elle maculait de striés sanguines son mouchoir, et ce, depuis le 12 décembre.

Le 16. Elle fut prise d'une diarrhée intense sans coliques; elle avait de cinq à six selles par jour.

Bientôt survinrent de l'essoufflement et des bourdonnements d'oreilles tels, qu'il lui fut impossible de quitter son lit.

Elle se décide à entrer à l'hôpital, et on la reçoit salle Sainte-Anne, lit n° 22, à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy.

Etat actuel. — Cette malade a le facies légèrement prostré; elle répond nettement à toutes les questions qu'on lui pose; elle semble jouir absolument de toutes ses facultés intellectuelles.

L'œil est brillant, la parole saccadée à cause de la dyspnée.

La fièvre est intense; les lèvres sont sèches, couvertes d'un exsudat noirâtre; les narines ne sont pas fuligineuses. Le facies exprime de l'anxiété. La peau est très chaude.

La malade se plaint d'une céphalalgie intense; si on la fait asseoir sur son lit, elle accuse des bourdonnements d'oreilles et des éblouissements.

Poumons. — A l'examen de la poitrine, on constate des râles disséminés dans toute l'étendue occupée par les deux poumons. Pas de matité, pas de toux, pas d'expectoration, pas de douleurs lombaires.

Cœur. — Rien d'anormal. Pas de souffle, soit à la pointe, soit à la base.

Rate. — Hypertrophiée dans son diamètre vertical.

Foie. — Normal.

Urine. — L'examen de l'urine révèle la présence de l'indican et d'une quantité considérable d'albumine.

En versant quelques gouttes d'acide nitrique dans l'urine, on obtient un magma complet.

L'abdomen est peu ballonné; la palpation de la fosse iliaque droite laisse percevoir du gargouillement. Diarrhée.

Sur le ventre et le tronc, quelques taches rosées lenticulaires disséminées.

Le 21. La température augmente et s'élève jusqu'à 40,8. Le pouls reste à 110.

L'état général, si ce n'est la prostration de la malade, n'est pas trop mauvais; elle n'a pas de délire. Les urines sont rares; elle n'émet en moyenne que 250 à 300 grammes d'urine; mais comme elle a une diarrhée abondante, il est difficile d'apercevoir la quantité d'urine rendue.

La dyspnée persiste; on lui applique des ventouses sèches à la région lombaire.

Traitement. — Potion tonique :

Extrait de quinquina, 4 grammes. Cognac, 40 grammes.

Deux lavements froids par jour.

Le 23. Température reste toujours élevée. Pouls fréquent, petit, pas de dicrotisme.

Le gargouillement de la fosse iliaque droite reste manifeste.

Les râles sibilants étendus dans la poitrine sont plus nombreux et plus forts.

L'urine contient de l'albumine en quantité; dosée par le procédé d'Esbach, on en trouve 4 gr. 50 par litre.

La diarrhée, pourtant, a un peu diminué, et permet de recueillir presque toute l'urine. Nous en avons 700 grammes dans les 24 heures. L'abdomen est souple; peu de douleur à la pression.

Le 25. La température s'abaisse tout d'un coup de deux degrés; la malade a une dyspnée assez intense; elle est anxieuse et un peu agitée; pourtant pas de délire; les fonctions intellectuelles sont parfaites.

Elle accuse un sentiment de froid qui fait craindre, vu la quantité d'albumine, une complication grave du côté des reins. Cependant, le len-

demain au matin et même le soir, la température avait remonté à 40°, sous l'influence de légers révulsifs.

L'urine examinée contenait encore des flocons d'albumine.

Le 27. La température est à 40,6. L'état général malgré cela est bon : la malade dit aller mieux que la veille. Peu de diarrhée, pas de douleur, soit à la palpation, soit à la pression de l'abdomen. Taches rosées lenticulaires persistantes : peu ou presque pas de dyspnée. L'examen de l'urine, qui contient toujours de l'indican, dénote la disparition subite et absolue de l'albumine.

Le 27. Le matin à la visite, la malade se plaint d'avoir eu la veille au soir un violent frisson suivi d'un sentiment de chaleur et de sueurs abondantes qui auraient duré toute la nuit. Température, 40,6. En dehors de cet accident, elle dit aller bien et se trouver beaucoup mieux.

Le ventre n'est pas douloureux ; la dyspnée a disparu ; on n'entend plus de râles dans la poitrine ; il n'y a presque plus de diarrhée.

Le 27 (soir). A la contre-visite, sans aucun autre symptôme précurseur que le frisson de la veille, c'est-à-dire sans dyspnée, sans toux, sans douleur de gorge, nous trouvons la malade complètement aphone, et cette aphonie est survenue brusquement, si brusquement, que quelques minutes auparavant elle parlait à sa voisine comme de coutume, et c'est pendant ce temps que s'est produit le phénomène.

L'examen de la gorge pratiqué immédiatement, ne dénote rien de particulier, ni rougeur, ni ulcérations.

Le larynx, pris entre les mains, est mobile, non douloureux ; la déglutition ne provoque pas davantage de sensation douloureuse.

La fièvre se maintient à 40°.

Le 31. Même état général. L'examen de la gorge révèle l'existence de deux petites ulcérations situées sur les piliers postérieurs du voile du palais à la partie supérieure, exactement à l'union du pilier postérieur et du voile du palais ; les ulcérations ont la dimension d'un pois et présentent une surface grise, déchiquetée, sans rougeur périphérique. La muqueuse de l'isthme du gosier est absolument normale.

La voix est toujours éteinte.

Traitement.— Gargarisme au chlorate de potasse. Continuation du traitement tonique.

2 janvier. La fièvre est tombée à 38° ; la malade accuse une sensation de chatouillement à la gorge, mais pas de toux, pas d'expectoration.

Le 3. Les ulcérations du pilier postérieur sont moins étendues, moins grisâtres ; leur surface se déterge ; elles ont une tendance à se cicatriser.

L'état général est bon ; plus de diarrhée. La malade dort bien, elle demande à manger.

Le 4. Les ulcérations de l'isthme du gosier sont rosées et en parties cicatrisées; l'aphonie persiste. Aucune complication abdominale ni thoracique.

Le 5. Les ulcérations sont cicatrisées. Même état.

Les 6, 7 et 8. Rien de particulier. La malade commence à prendre des aliments solides qu'elle digère et absorbe sans douleur pendant la déglutition.

Le 9. L'aphonie persiste; elle ne s'accompagne ni de douleur laryngée, ni de spasme, ni de toux, ni d'expectoration. L'état général est très satisfaisant.

L'examen laryngoscopique, pratiqué par M. le Dr Martin, permet de constater l'existence d'une petite ulcération sur la face postérieure du cartilage arythénoïde gauche. Les deux cornes vocales supérieures sont rouges, épaissies.

L'ulcération arythénoïdienne a la dimension d'un grain de millet; elle est blanchâtre et offre des bords légèrement déchiquetés.

Vers le milieu de la corde vocale supérieure droite, il existe une ulcération qui a les dimensions d'un point.

Les jours suivants la voix revient, et tend à reprendre son timbre normal.

Lorsque la malade quitta l'hôpital, vers la fin de janvier, la voix était normale; il n'y avait ni toux, ni expectoration.

La guérison était absolue.

Depuis nous avons revu la malade qui, du reste, est rentrée dans la salle Sainte-Anne pour un érythème nouveau généralisé.

Etat statistique des malades atteints de fièvre typhoïde

entrés dans le service de M. le professeur Hardy.

SALLE SAINT-CHARLES (HOMMES).

Du 1^{er} novembre 1881 au 1^{er} juillet 1882.

NOMS et PRÉNOMS.	AGE.	Nos des LITS.	DATE de l'entrée.	DATE de la sortie.	DURÉE du séjour.	OBSERVATIONS et COMPLICATIONS.
Carol (Paul).	20	17	9 nov.	23 nov.	14 jours.	Fièvre typhoïde à forme abdominale légère; sans complications. Habite Paris depuis 4 mois. Entré le 12 ^e jour. Taches rosées. — Guérison.
Bernard (Tissier)	20	24	9 nov.	30 nov.	21 jours.	Fièvre typhoïde à forme abdominale légère; sans complications. — Guérison.
Fayet (Théodore)	19	24	26 nov.	11 janv.	46 jours.	Habite Paris depuis six mois; fièvre à forme ataxo-adyynamique. Délire, agitation, complication de pleurite au 24 ^e j. — Guérison.
Salvaret (Jean).	30	2	30 nov.	4 janv.	35 jours.	Entré pour gonflement des articulations des genoux; douleurs dans les épaules le 8 ^e jour, douleur de ventre, gonflement, céphalalgie, taches rosées. Pas de complications. — Guérison.
Delvaux (François).	17	20	14 déc.	4 janv.	21 jours.	Fièvre typhoïde à forme abdominale légère sans complications. — Guérison.
Vignot (Ernest).	30	15	18 janv.	13 mars.	55 jours.	Fièvre typhoïde à forme ataxique. Hémorragie intestinale. Rechute. — Guérison. — Habite Paris depuis plusieurs années.
Saillout (Désiré).	16	21	15 févr.	25 févr.	10 jours.	Fièvre typhoïde à forme abdominale légère sans complications. — Guérison.
Noucier (Alphonse).	16	20	15 mars.	19 avril.	34 jours.	Fièvre typhoïde à forme abdominale. Débute par une angine pultacée. Aucune complication. — Guérison.
Gally (Jean).	17	3	22 mars.	26 avril.	35 jours.	Fièvre typhoïde à forme abdominale. Débute par une rachialgie intense. — Guérison. — Habite Paris depuis 2 ans et demi.
Edel (Emile).	16	4	29 mars.	3 mai.	35 jours.	Fièvre typhoïde à forme thoracique. Congestion pulmonaire. Foyer d'hépatation à la base du poumon droit. — Guérison. — Habite Paris depuis quinze mois.
Gonin (Louis).	20	15	6 avril.	24 mai.	48 jours.	Fièvre typhoïde à forme abdominale; pas de complications. Habite Paris depuis deux ans. — Guérison.
Dubouloz (Alexandre).	19	20	12 avril.	24 avril.	12 jours.	Fièvre typhoïde à forme abdominale légère; pas de complications. Habite Paris depuis deux ans. — Guérison.
Lansmand (Hippolyte).	29	4	3 mai.	6 mai.	Mort.	Fièvre typhoïde à forme ataxo-adyynamique. Eruption miliaire sur le tronc. Délire, sueurs, refuses. Coma. — Mort.
Mélard (Henri).	18	20	20 mai.	Au 15 ^e j. de maladie.	»	Fièvre typhoïde à forme adynamique sans aucune complication. A habité Paris déjà à trois reprises différentes. — Parti en convalescence.
Levayer (Ernest).	23	7	14 juin.	Au 7 ^e j. de maladie.	»	Fièvre typhoïde adynamique sans complications. Habite Paris depuis quatre ans, l'a quitté et n'est de retour que depuis sept mois. — Convalescence.
Barbier (Georges).	16	18	7 juin.	Au 73 ^e j. de maladie.	»	Fièvre typhoïde adynamique sans complications. Habite Paris depuis un an et demi. — Convalescence.
Vayer (Lucien).	20	19	7 juin.	Au 15 ^e j. de maladie.	»	Fièvre typhoïde adynamique légère. Rechute. Habite Paris depuis trois ans. — Convalescence.
Micca (Jean).	29	4	21 juin.	Au 6 ^e j. de mal.	»	Fièvre typhoïde légère sans complications. Habite Paris depuis cinq ans.

Etat statistique des malades atteintes de fièvre typhoïde

entrées dans le service de M. le professeur Hardy.

SALLE SAINTE-ANNE (FEMMES).

Du 1^{er} novembre 1881 au 1^{er} juillet 1882.

NOMS et PRÉNOMS.	AGE.	N ^{os} des LITS.	ENTRÉ le	SORTI le	DURÉE du séjour.	OBSERVATIONS et COMPLICATIONS.
Bayeule (Marie).	24	2	13 nov.	18 janv.	66 jours.	Fièvre typhoïde à forme adynamique. Fièvre continue tenace. Fièvre survenant le soir. — Guérison sans complications.
Combelle (Marie)	21	11	6 déc.	Mort au 14 ^e jour.	»	Fièvre typhoïde à forme thoracique. Congestion pulmonaire. Mort par broncho-pneumonie gauche.
Common (Pauline).	12	13	4 déc.	25 janv.	42 jours.	■
Dupont (Marie).	22	18	20 déc.	1 ^{er} févr.	43 jours.	Laryngo-typhus. Pas d'autres complications. Habite Paris depuis quatre mois. — Guérison. — Est revenue un mois après dans le service pour érythème noueux.
Boelle (Berthe).	21	16	28 déc.	13 févr.	47 jours.	Fièvre typhoïde à forme thoracique. Cinq hémorrhagies intestinales abondantes. Habite Paris depuis 4 ans. — Guérison.
Bayeule (Marie).	24	10	24 févr.	1 ^{er} avril.	56 jours.	Nouvelle fièvre typhoïde après une convalescence de dix-sept jours. Cette fièvre a évolué avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde adynamique, y compris les taches rosées. — Guérison.
Uelile (Elise).	18	17	23 févr.	15 avril.	51 jours.	Habite Paris depuis un an. Fièvre typhoïde adynamique. Deux hémorrhagies intestinales peu abondantes. — Guérison.
Decourty (Clémence).	23	21	24 févr.	22 avril.	57 jours.	Fièvre typhoïde à forme adynamique sans complications. — Guérison.
Lampalzer (Anna).	19	21	1 ^{er} mars	15 avril.	45 jours.	Fièvre typhoïde sans complications, à forme adynamique. — Guérison.
Scheling (Sophie)	24	8	29 mars.	29 avril.	31 jours.	Fièvre typhoïde à forme adynamique, sans complications. — Guérison.
Dumein (Maria).	27	4	5 avril.	»	»	Fièvre typhoïde à forme abdominale. Diarrhée colliquative. Adynamie profonde. Large eschare au sacrum. Décollement de la peau. — Convalescence.
Merlin (Stéphanie).	28	5	31 mai.	25 juin.	26 jours.	Fièvre typhoïde à forme adynamique sans complications. — Partie au Vésinet en convalescence.
Sarlat (Célestine)	21	9	2 juin.	Au 7 ^e j. de maladie.	»	Habite Paris depuis huit mois. Fièvre typhoïde à forme adynamique. Broncho-pneumonie double. Abscès en arrière de l'orifice anal. — En voie de guérison.
Méchin (Céline).	23	7	21 juin.	Au 6 ^e j. de maladie.	»	Fièvre typhoïde adynamique. Maladie intercurrente, syphilis. En voie de convalescence. Habite Paris depuis deux ans.
Gaucher (Germaine).	31	10	22 juin.	Au 7 ^e j. de mal.	»	Fièvre typhoïde en bonne voie. Pas de complications. En traitement.
Senné (Eulalie).	42	19	28 juin.	8 ^e jour.	»	A eu la fièvre typhoïde en 1868. Hémorrhagie intestinale.

CONCLUSIONS

Des 34 cas que nous avons eu l'occasion d'observer, nous pouvons en tirer ces conclusions :

1° Que la fièvre typhoïde a son maximum de fréquence de 16 à 25 ans ;

2° Qu'elle a atteint avec une égale fréquence à peu près, les hommes et les femmes, mais s'est montrée cependant prédominante chez les premiers a été de beaucoup la plus fréquente.

3° La forme abdominale a été de beaucoup la plus fréquente ;

4° La forme thoracique ne s'est montrée que quatre fois, entraînant un cas de mort.

5° De même que la forme ataxique qui, elle toutefois, ne s'est montrée que trois fois ;

6° Donc, la forme abdominale a été plus fréquente, et de beaucoup la moins grave ;

7° La langue a été sèche, rôtie, même dans des cas qui devaient se terminer favorablement ; souvent cependant elle restait humide lorsque la fièvre typhoïde devait guérir.

8° 33 fois sur 34, la rate s'est montrée grosse.

9° La diarrhée a existé dans tous les cas, une seule fois colliquative ;

10° Les urines ont constamment contenu de l'indican, quelquefois de l'albumine. La présence donc de l'albumine combinée à l'indican n'est pas absolument constante dans la fièvre typhoïde.

11° Les taches rosées lenticulaires se sont montrées

constamment : on peut donc dire qu'elles sont la *signature de la fièvre typhoïde* (Hardy).

12° Une éruption de miliaire chez un malade a pu faire penser quelque temps à une variole, puis à une scarlatine, puis à une miliaire. Elle s'est montrée dans une forme ataxique rapidement mortelle.

13° Une fois, au début, une angine pultacée a pu faire hésiter le diagnostic.

14° Deux fois nous avons observé le typhus laryngé.

15° Quatre fois des complications pulmonaires (forme thoracique), mortelles dans un cas.

16° Une seule fois nous avons constaté une pleurésie qui a, du reste, guéri rapidement lorsque le malade entrait en convalescence.

17° Une seule fois il a existé une eschare au sacrum, une fois un petit abcès. Dans les deux cas, la fièvre était de longue durée et d'intensité très forte.

18° Quatre fois il a existé des hémorrhagies ; dans aucun de ces cas nous n'avons observé la mort.

19° La fièvre typhoïde est bien plus caractérisée par l'élévation thermique que par l'accélération du pouls, de telle sorte qu'avec une fièvre intense, 40° par exemple, on a le plus souvent un pouls qui bat 100 à la minute.

20° Le pouls, malgré une température élevée, ne dépasse pas ordinairement 110, si, la dothiéntérie doit se terminer favorablement (Hardy).

21° Lorsque le pouls est accéléré, si sa fréquence est en rapport avec l'élévation thermique, on doit craindre une fièvre typhoïde grave (Hardy).

22° Lorsque la mort est proche, l'accélération du pouls en rapport avec l'élévation thermique devient de plus en plus manifeste.

23° La durée de la fièvre typhoïde chez nos malades a oscillé entre 12 et 47 jours ; elle a donc duré 21 jours en moyenne.

24° La durée de la fièvre typhoïde n'est nullement en rapport avec sa gravité. La mort peut survenir dès les premiers jours.

25° Trois fois nous avons observé des récidives : deux fois après quelques jours d'apyrexie, une fois après deux mois, une fois après quatorze ans.

26° Dans les cas de récidives, la marche de la fièvre typhoïde est beaucoup plus rapide ; l'apparition des taches rosées, de la diarrhée a été bien plus précoce que dans les cas où la fièvre typhoïde se montre pour la première fois chez un individu.

27° Le traitement a consisté, dans la *fièvre typhoïde normale*, en : *Boisson* : eau, vin. Décoction de quinquina vineuse chez les individus affaiblis.

Purgations. Au début, tous les trois jours (eau de Sedlitz) ; plus rares ensuite. Chaque fois que les selles ne dépassaient pas 2 ou 3 par jour, on recourait à ce moyen qu'on supprimait dès que la diarrhée devenait trop abondante.

Toniques. Quinquina ou extrait, 2 à 4 grammes, cognac, 30 ou 40 grammes, pas plus, surtout chez les sujets nerveux, excitables et non habitués à l'alcool.

Alimentation. Lait, bouillon, vins, œufs les premiers jours de la convalescence.

Complicée d'adynamie : Suppression des purgatifs.

Rarement suppression de la diète.

— *d'hémorrhagies intestinales* : Lavements avec 15 à 20 gouttes de perchlorure de fer. Lavements froids, glace à l'intérieur, glace sur le ventre, en ayant soin d'interposer

entre la glace et la peau une flanelle pour empêcher la production d'eschares.

— *de laryngo-typhus* : Toniques, vésicatoires, teinture d'iode au-devant du cou.

— *de lésions pulmonaires* : Ventouses sèches dès l'apparition des râles sibilants. Teinture d'iode, vésicatoires qui déterminaient rarement des eschares, comme on l'a dit.

Dans tous les cas, avec ou sans complications, on a administré des lavements froids, un, deux, trois par jour à la température de la chambre, et à chaque lavement un abaissement thermique s'est manifesté; de sorte que, dans les formes hyperthermiques, on peut maintenir toute la journée un typhique à une température relativement basse. C'est là un moyen que M. Hardy préfère aux lotions et surtout aux bains qui, donnés sans soins par des mains mercenaires, procurent quelquefois de très graves accidents.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

HARDY et BEHIER. — Traité élémentaire de pathologie interne.

JACCOUD. — Clinique médicale, 1867. Traité de pathologie interne.

GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses. Trad. par G. Lemattre, 1868.

TROUSSEAU. — Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu.

GRISOLLE. — Traité de pathologie int. Thèse d'agrégation.

(1) Ce court aperçu bibliographique ne contient certes pas tous les auteurs que nous avons dû consulter, il nous eût fallu pour être complet citer tous les ouvrages qui ont été écrits sur la fièvre typhoïde. C'est pour ne point nous exposer à une énumération ennuyeuse que nous nous sommes borné à ne citer que les principaux.

- WUNDERLICH. — Archiv. physiolog. Heilkunde, 1858.
- PIEDVACHE. — Recherches sur la contagion de la fièvre typhoïde in Mém. de l'Acad. de méd., t. XV. 1850.
- FORGET. — Traité de l'entérite folliculeuse. Comptes rendus de l'Acad. des sciences 1854.
- BARTELETT. — Hist. of the fevers of the United states, Philadelphia, 1847.
- ROKITANSKY. — Handbuch der pathologischen anatomie, 1865.
- LOMBARD. — Etude clinique sur la fièvre typhoïde. Gaz. méd. 1844.
- MICHEL. — Des recherches sur la fièvre typhoïde. Union médicale, novembre, 1859.
- MURCHISON. — A treatise on the continued Fevers of the Great Britain 1862.
- KEROMNES. — Thèse, 1884.
- MORNAND. — Thèse, 1875.
- LOUIS. — Recherches anat. path. sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde. Paris, 1829.
- BOUILLAUD. — Traité clinique et expérimental des fièvres essentielles. Paris, 1826. — Clinique médicale de l'hôpital la Charité. Paris, 1837.
- CHARCOT. } Gazette hebdomadaire, 1859.
- DECHAMBRE. }
- BRETONEAU et TROUSSEAU. — De la dothiéntenterie. Arch. gén. de méd., 1826.
- CHOMEL. — Clinique médicale de Paris, 1834.
- DIEULAFOY. — De la mort subite dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1869.
- PETIT et SERRES. — Traité de la fièvre antéro-mésentérique, 1813.
- RILLIET. — Des altérations du larynx dans la fièvre typhoïde. Union méd., 1859.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie. — Du bassin.

Physiologie. — Circulation.

Physique. — Condensation électrique.

Histoire naturelle médicale. — Des helminthes.

Pathologie externe. — Fracture de l'avant-bras.

Pathologie interne. — De la phthisie aiguë.

Anatomie pathologique. — Lésion interne de la fièvre typhoïde.

Médecine opératoire. — Des cérats, des pommades, des onguents.

Thérapeutique. — De l'emploi de la digitale.

Hygiène. — De l'allaitement artificiel.

Médecine légale. — De la mort par strangulation.

Accouchements. — Insertion vicieuse du placenta,

Vu : le président de la thèse,
HARDY.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. GRÉARD.